



MIRACLE Counseling

FORMULARIO DE
RESOLUCIÓN

2024

*Success comes from within you,
it is your responsibility.
That's the beauty of it!*



Formulario de Resolución

Tomador de notas:		Firma:	
Fecha:	Hora de comienzo:	Hora de finalización:	

Resolution Involvement

Nombre:	Nombre:
Apellido:	Apellido:
Rol:	Rol:
Firma:	Firma:

Nombre:	Nombre:
Apellido:	Apellido:
Rol:	Rol:
Firma:	Firma:

Detalles de la queja



Formulario de queja

Datos del Paciente

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Idiomas:	
Dirección:		
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:

Detalles de la queja

Si está presentando una queja en nombre de otra persona, complete el formulario de divulgación de información.

Nombre del cliente: Firma: Relación con el cliente:

Firma del cliente: Fecha:

Firma del personal: Fecha:



Formulario de referencia

Datos del Paciente

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Idiomas:	
Dirección:		
Teléfono	Celular:	Correo Electrónico:

Detalles de Referencia #1

Nombre:		
Organización:		
Propósito:		
Dirección:		
Teléfono	Fax #:	Correo Electrónico:

Detalles de Referencia #2

Nombre:		
Organización:		
Propósito:		
Dirección:		
Teléfono #:	Fax	Correo Electrónico: Electrónico:

He recibido una copia de este formulario.

He proporcionado la referencia para apoyar la mejora continua del cliente.

Nombre del cliente: irma:

Relación con el cliente:

Firma del cliente:

Fecha:

Firma del personal:

Fecha:



Aviso de Negación

Fecha:

A quien corresponda:

Nombre del cliente: _____ ha faltado a tres citas en Miracle Counseling después de aceptar la política de no presentarse, detallada en el consentimiento informado que se firmó en el momento de la admisión. Esta política requiere que todos nuestros clientes hagan los arreglos adecuados para la asistencia oportuna a sus sesiones programadas. Además, los espacios para citas son competitivos y la adherencia terapéutica es necesaria para la obtención de los objetivos del tratamiento.

El cliente mencionado anteriormente faltó a las citas en las siguientes fechas y horas:

Clínico:		
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Hora:	Hora:	Hora:

Las condiciones para restaurar la capacidad de este cliente para programar citas adicionales son una retención de 6 meses. Una copia de este aviso se colocará en el registro del cliente.

El paciente (tutor) tiene derecho a una reunión informal con el siguiente administrador:

Nombre del cliente:

Relación con el cliente:

Firma del cliente:

Fecha:

Firma del personal:

Fecha: